

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**Principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en  
pacientes de 46 - 55 años atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia del  
Hospital - II-2 Tarapoto, periodo julio 2017 - junio 2018**

**Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano**

**AUTOR:**

**Wendy Karol Hidalgo Bardalez**

**ASESOR:**

**Méd. Mg. Manuel Isaac Pérez Kuga**

**Tarapoto - Perú**

**2020**





Esta obra está bajo una [Licencia  
Creative Commons Atribución-  
NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**Principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en  
pacientes de 46-55 años atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del  
Hospital - II – 2 Tarapoto, periodo julio 2017 – junio 2018**

**Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano**

**AUTOR:**

**Wendy Karol Hidalgo Bardalez**

**ASESOR:**

**Méd. Mg. Manuel Isaac Pérez Kuga**

**Tarapoto – Perú**

**2020**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO

## FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

### ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en  
pacientes de 46-55 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del  
Hospital – II – 2 Tarapoto, periodo julio 2017 – junio 2018**

**AUTOR:**

**Wendy Karol Hidalgo Bardalez**

**Sustentada y aprobada el día 03 de marzo del 2020, ante el honorable jurado:**

.....  
**Dr. César Elmer Yrupailla Montes**

**Presidente**

.....  
**Méd. Mg. Raúl Pablo Alegre Garayar**

**Secretario**

.....  
**Blgo. Mblgo. M. Sc. Heriberto Arévalo Ramírez**

**Miembro**

.....  
**Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga**

**Asesor**

## **Constancia de asesoramiento**

**El que suscribe el presente documento,**

**HACE CONSTAR:**

Que, he revisado y corregido la Tesis titulada: **Principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en pacientes de 46-55 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital – II – 2 Tarapoto, periodo julio 2017 – junio 2018.**

Elaborado por:

**Bach. Medicina Humana: Wendy Karol Hidalgo Bardalez**

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, el 03 de marzo del 2020.

  
.....  
**Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga**  
**Asesor**

## Declaratoria de autenticidad

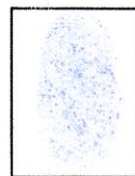
**Wendy Karol Hidalgo Bardalez**, con DNI N° 72460228, egresado de la Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, autor de la tesis titulada: **Principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en pacientes de 46-55 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital – II – 2 Tarapoto, periodo julio 2017 – junio 2018.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 03 de marzo del 2020.



.....  
**Bach. Wendy Karol Hidalgo Bardalez**

DNI N° 72460228



**Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.**

**1. Datos del autor:**

Apellidos y nombres:	Hidalgo Bordaletz Talendy Karol		
Código de alumno :	124395	Teléfono:	950860559
Correo electrónico :	Karolwen-95@hotmail.com	DNI:	72460228

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

Facultad de:	Medicina Humana
Escuela Profesional de:	Medicina Humana

**3. Tipo de trabajo de investigación**

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

**4. Datos del Trabajo de investigación**

Título:	Principales características clínicas y epidemiológicas de distrofia genital en pacientes de 46-55 años atendidos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital - II - 2 Tarapoto, periodo julio 2017 - junio 2018
Año de publicación:	2020.

**5. Tipo de Acceso al documento**

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:


**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

## 7. Otorgamiento de una licencia **CREATIVE COMMONS**

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **“Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA”**.




.....  
Firma del Autor

## 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

04 / 03 / 2020



  
.....  
Firma del Responsable de Repositorio  
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso  
Abierto de la UNSM – T.

\***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.



## Dedicatoria

En primer lugar, a Dios por protegerme y brindarme salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma. Por permitir que tuviera a mi familia, cuidándome y guiándome siempre en cada paso que doy.

A mis padres NORMA BARDALEZ AREVALO y ROGER HIDALGO GRANDEZ por ser los pilares y mi fortaleza en mi vida, quienes depositaron su confianza en mi persona, teniendo la bendición de verme poco a poco logrando mis metas y alcanzando los triunfos de la vida. A mi hermanita LUCERITO DE JESUS HIDALGO BARDALEZ, por acompañarme siempre en las noches de desvelo con su amor y apoyo incondicional.

Con mucho cariño para todos los profesionales de la Facultad de Medicina que a lo largo de todos estos años contribuyeron en mi formación, mis valores y actitudes; compartiendo sus conocimientos en el ámbito profesional, encaminándonos por el camino correcto. A todos ellos, gracias.

***Wendy Karol Hidalgo Bardalez***

## **Agradecimiento**

A Dios por la vida, por los logros que obtuvimos a lo largo de todos los años de la carrera universitaria.

A nuestras familias porque nos brindaron el apoyo necesario para poder culminar con éxito la carrera profesional, brindándonos todo lo indispensable para seguir adelante a pesar de las pruebas.

A nuestra querida Alma Mater, la Universidad Nacional de San Martín, por acogernos en sus aulas brindándonos los conocimientos necesarios para nuestra formación académica exitosa; a los docentes que con sus enseñanzas nos abrieron el camino para desenvolvemos en la vida diaria profesional que empezamos con el internado.

A nuestros asesores de tesis: Dr. Manuel Isaac Pérez Kuga; quien nos guió y nos brindó sus enseñanzas con mucha paciencia y dedicación en el presente trabajo de investigación y que hoy por hoy es un trabajo consolidado de tesis a puerta de la sustentación.

***Wendy Karol Hidalgo Bardalez***



## Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de tablas .....	x
Índice de gráficos.....	xi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
 I. INTRODUCCIÓN.....	 1
1.1. Marco conceptual .....	3
1.2. Antecedentes.....	4
1.3. Bases teóricas .....	10
1.4. Definición de términos.....	24
1.5. Justificación .....	26
1.6. Problema.....	27
 II. OBJETIVOS: .....	 27
2.1. Objetivo general.....	27
2.2. Objetivos específicos .....	27
2.3. Hipótesis de la investigación .....	28
2.4. Identificación de variables .....	28
2.5. Operacionalización de variables .....	28
 III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	 29
3.1. Tipo de investigación.....	29
3.2. Diseño de investigación .....	29
3.3. Población y muestra.....	30
3.3.1. Población .....	30
3.3.2. Muestra .....	30

3.4. Procedimiento .....	30
3. 5. Métodos e instrumentos de recolección de datos .....	31
3. 6. Plan de tabulación y análisis de datos.....	31
 IV. RESULTADOS .....	 32
V. DISCUSIÓN .....	37
VI. CONCLUSIONES.....	39
VII. RECOMENDACIONES .....	40
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41
IX. ANEXOS .....	46



## Índice de tablas

<b>Tabla</b>		<b>Pág.</b>
1	Distribución de Características Clínicas	32
2	Incidencia de Casos	35

## Índice de gráficos

<b>Gráfico</b>		<b>Pág.</b>
1	Distribución por Grupo Etareo	33
2	Distribución por Grado de Instrucción	34
3	Distribución por Antecedentes Presentados	34
4	Distribución por Cuadro Clínico Presentado	35
5	Distribución de Incidencia de Casos	36



## Resumen

La investigación sobre las principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en pacientes de 46-55 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital - II – 2 Tarapoto, periodo julio 2017 – junio 2018, tuvo como objetivo Conocer las principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en pacientes de 46 a 55 años en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital - II – 2 Tarapoto durante el periodo julio 2017 – junio 2018, el tipo de investigación utilizado fue no experimental, cuantitativo descriptivo de corte transversal, la población y muestra que fue 50 casos. La técnica seleccionada para esta investigación fue la encuesta y como instrumento se usó el cuestionario. Se obtuvo como Resultados, que el grupo etario, en las pacientes con distopia genital, para el rango de 50 a 55 años existe un 69% (33), mientras que de 46 a 49 años existe un 31% (17), y en pacientes sin distopia genital en el grupo etareo de 46 a 49 años existe un 100% (2) ( $p<0,000$ ). En cuanto al grado de instrucción en pacientes con distopia genital tienen educación primaria en un 50% (24), y en pacientes sin distopia genital es analfabeta en un 100% (2) ( $p<0,001$ ). Con respecto a los antecedentes presentados en pacientes con distopia genital, es multípara en un 40% (19), con intervenciones quirúrgicas pélvicas en un 35% (17), mientras que, en las pacientes sin distopia genital, presenta multiparidad en un 50% (1), y con intervenciones quirúrgicas pélvicas un 50% (1), ( $p=0,05$ ). El cuadro clínico presentado en las pacientes con distopia genital fue incontinencia en un 79% (38), con disfunción sexual un 13% (6), mientras que, en pacientes sin distopia genital, un 100% (2) presento incontinencia. ( $p=0,05$ ). La Incidencia de Distopía Genital en Pacientes de 46-55 años en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto en el Periodo de Julio 2017 a Junio 2018, en el año 2017 los casos en pacientes sin distopia genital es mayor en el mes de diciembre en un 100% (1), y en pacientes con distopia genital es mayor en el mes de octubre en un 23% (5), mientras que en el año 2018 para los pacientes sin distopia genital es mayor en el mes de mayo en un 100% (1) y para pacientes con distopia genital es mayor en el mes de abril en un 23% (5)

**Palabras clave:** Características Clinicas, epidemiológicas, Distopia Genital

## Abstract

This research of the main clinical and epidemiological characteristics of genital dystopia in patients aged 46-55 years, treated in the Gynecology-Obstetrics service of the Hospital – II – 2 Tarapoto, in the period July 2017 - June 2018, aimed at knowing the main clinical characteristics and epidemiological genital dystopia in patients aged 46-55 years in the Gynecology-Obstetrics service of Hospital - II - 2 Tarapoto, during the period July 2017 - June 2018. The type of research was non-experimental, quantitative, descriptive and cross-sectional. The population and sample was non-random and consisted of 50 cases. The selected technique for this research was the survey and the instrument was the questionnaire. The results showed that the age group, in patients with genital dystopia for the range between 50 and 55 years, is presented in 69% (33), while from 46 to 49 years in 31% (17), and in Patients without genital dystopia in the age group from 46 to 49 years old are 100% (2) ( $p < 0.000$ ). Regarding the educational level in patients with genital dystopia, 50% (24) of them have primary education, and in patients without genital dystopia, 100% of them are illiterate (2) ( $p < 0.001$ ). With respect to the clinical history presented in patients with genital dystopia, it is multiparous in 40% (19), with pelvic surgery in 35% (17), while in patients without genital dystopia, it presents multiparity in 50% (1), and with pelvic surgery 50% (1), ( $p = 0.05$ ). The clinical conditions presented in patients with genital dystopia was incontinence in 79% (38), sexual dysfunction 13% (6), while in patients without genital dystopia, 100% (2) presented incontinence. ( $p = 0.05$ ). The Incidence of Genital Dystopia in Patients 46-55 years in the Gynecology-Obstetrics Service of Hospital - II - 2 Tarapoto, in the Period from July 2017 to June 2018, presented a higher percentage of patients without genital dystopia in the month of December by 100% (1), and patients with genital dystopia in the month of October by 23% (5) in 2017. However, in 2018, the percentages of patients without genital dystopia is higher in the month of May by 100% (1) and for patients with genital dystopia in April by 23% (5).

**Keywords:** Clinical Features, epidemiological, Genital Dystopia



## I. INTRODUCCIÓN

Los órganos pélvicos (útero, vejiga, recto, etc.) se mantienen en su sitio apoyados y sujetos por varios tipos de tejidos, principalmente músculos, fascias y ligamentos. Cuando estos tejidos se debilitan producen el descenso de los órganos, ocasionando el prolapso genital.

La distopia genital o prolapso urogenital es un problema de salud que se presenta en miles de mujeres a nivel mundial, y constituye una de las indicaciones más frecuentes de histerectomía en los Estados Unidos, calculándose que se ha realiza más de 5 millones de procedimientos de este tipo cada año en dicha nación. (1)

El prolapso es una patología que frecuentemente afecta a un 30 a 50 % de las mujeres a lo largo de su vida (2). Estadísticamente, la mujer tiene un riesgo estimado de ser intervenida quirúrgicamente por distopia genital en un 11% en toda su vida. Es un problema relativamente frecuente que afecta la calidad de vida de la mujer y que se puede dar a partir de los 30 o 40 años, acentuándose en la menopausia. (3)

Existen diversos factores que favorecen el prolapso entre los que se encuentran el número de partos y la dificultad de los mismos, la menopausia, la presión intraabdominal (como la obesidad, tos crónica, estreñimiento, etc). Por otro lado, entre las consecuencias de las disfunciones del piso pélvico destacan la incontinencia de orina, incontinencia fecal y el prolapso genital que pueden ulcerarse y sangrar. Estudios revelan que de las tres mencionadas al menos una de ellas se presenta, en mayor o menor grado, casi en la mitad (46%) de las mujeres. La asociación de dos de ellas se ve en 1 de cada 5 mujeres (22%) y casi una de cada 10 presenta asociadas las tres entidades (8,7%). (4)

Las mujeres que padecen esta patología no sólo sufren con las manifestaciones físicas propias del trastorno, sino que también sufren repercusiones en su vida social, emocional, laboral o profesional, así como también repercusiones económicas, que afectan tanto a la mujer como al sistema de salud, en términos de estudios, tratamientos, etc.

Entre algunos de los síntomas que suelen presentar las mujeres que padecen prolapso se encuentran: dolor en bajo vientre, sensación de pesadez o presión que mejora al pasar de

estar de pie a tumbarse, sensación de tener un “bulto” en los genitales, dolores en la zona baja de la espalda(sacro-lumbar), dificultad, insatisfacción, dolor o pérdidas de orina/ heces durante las relaciones sexuales, molestias al caminar o al realizar ejercicio físico, estreñimiento, náuseas, molestias en la defecación, trastornos urinarios, incontinencia urinaria, aumento de la frecuencia, episodios de urgencia urinaria, imposibilidad para vaciar la vejiga completamente. (5)

La incidencia del prolapso genital es difícil de determinar, ya que muchas mujeres que tienen prolapso no consultan, ya sea debido a que la mayoría de los prolapsos no son clínicamente molestos y pueden no requerir una intervención médica, como también por vergüenza. El prolapso de órganos pélvicos a menudo no presenta síntomas hasta que el segmento descendido atraviesa el introito, y en otras ocasiones no se reconoce hasta que está en etapa avanzada. Por su parte, la prevalencia exacta del prolapso genital se desconoce, lo que se debe en gran parte a la falta de una definición exacta de esta patología.

En tal sentido, estudios diversos han hecho estimaciones de la frecuencia del prolapso de órganos pélvicos (POP), el cual incrementa con la edad y es de aproximadamente un 43 a 76% de la población femenina general. En un 3 a 6% de las pacientes que padecen de prolapso, el descenso de alguna de las paredes vaginales llega o desciende por debajo del himen, y el riesgo que enfrentan de ser sometidas a una cirugía por esta condición oscila entre el 10 a 20%. (6)

Asimismo, se estima que entre 32 y 43% de las mujeres sometidas a histerectomía presentarán disfunción del piso pélvico, siendo que la histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en las mujeres. El prolapso de la cúpula vaginal aparece en 0,2% a 1% de las pacientes que han sido sometidas a histerectomía. (7)

En el Perú, el 35% de la consulta urológica es dedicado a la atención del género femenino, siendo las infecciones urinarias, el prolapso de órganos pélvicos (POP) y la incontinencia urinaria (IU) condiciones comunes que afectan en la actualidad a muchas mujeres adultas (8). Por su parte, en el instituto materno perinatal se ha presentado el prolapso genital en un 6% del total de los servicios de ginecología al 2017 (9).



A nivel regional, se desconoce el número de mujeres con prolapso de órganos pélvicos y factores relacionados, que se atienden sin hospitalización y cirugía, y el número de las que nunca buscan atención médica; por lo tanto, se cree que hay una subestimación de la incidencia y prevalencia de las distopías de los órganos pélvicos.

En la práctica clínica se observa frecuentemente prolapso genital por la sintomatología, pero pocos estudios han analizado su epidemiología, que precise la prevalencia de la enfermedad. Conocer sobre la epidemiología del prolapso genital que manejan los hospitales permitirá que el personal de salud, autoridades de las diversas instituciones busquen estrategias para prevención del POP y reducción del impacto que significa su presencia para las familias, y así lograr que las mujeres en edades avanzadas gocen de una adecuada calidad de vida en relación a esta patología.

### **1.1 Marco Conceptual:**

La distopia genital o prolapso urogenital es un problema de Salud que aqueja a millones de mujeres en todo el mundo. Incluso es la tercera indicación de histerectomía en los Estados Unidos. Según Olsen, 1977 la mujer tiene un riesgo estimado de tener distopia genital en un 11% en toda su vida. A pesar de esto, existen pocos estudios de importancia epidemiológica que precisen la prevalencia de la enfermedad. Pero se sabe que esta aumenta en forma progresiva con la edad de la mujer. (1)

Esta es una de las patologías que frecuentemente afecta la calidad de vida de la mujer. Se presenta en el 50% de las multíparas 2 y su incidencia aumenta con la edad. (3) En la práctica clínica se observa frecuentemente prolapso genital, pero pocos estudios han analizado su epidemiología. En un estudio americano se demostró que el riesgo a lo largo de la vida (hasta los 90 años de edad) de someterse a cirugía por prolapso o incontinencia urinaria en Estados Unidos era de aproximadamente del 10%, 4 pero solo consideró enfermedades graves.

En otro estudio se encontró una prevalencia de cualquier grado de prolapso uterino del 5% en mujeres entre 20 y 59 años. Considerando solo las mujeres peri menopáusicas (es decir, de edades comprendidas entre 50 y 59 años), la prevalencia de prolapso uterino fue del 8%.

(24) Entre los determinantes del riesgo de prolapso genital, los más comunes son: edad, multiparidad y sobrepeso, (5) pero los estudios epidemiológicos son muy escasos. En nuestro medio son pocos los reportes referentes al tema, razón por la cual consideramos de importancia la realización del presente trabajo de investigación. Este estudio tiene por objetivo general determinar los factores de riesgo de distopia genital, y los objetivos específicos son la determinación de los factores clínicos y obstétricos.

## **1.2 Antecedentes:**

### **1.2.1 Antecedentes Internacionales.**

**Silva, José,** (10) en su tesis titulada “Características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas de prolapso de órgano pélvico en la unidad municipal de salud sur en el periodo 2009-2015” realizó un estudio de tipo cross sectional con recolección retrospectiva de la información de índole descriptiva donde la muestra corresponde al universo de pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstétrica en la UMSS en el periodo del 2009 al 2015 en el cual mediante la revisión de historias clínicas uro ginecológica informatizada y base de datos de UMSS de las pacientes diagnosticadas de POP en el periodo del 2009 al 2015 se recolectó los datos que se pretendían estudiar edad, número de partos, raza, IMC, antecedente familiar, número de abortos, peso del RN, tiempo de evolución de los síntomas , edad del primer y último parto.

Se logró identificar un total de 96 registros de pacientes con prolapso en la UMSS en los años del 2009 al 2015 en los cuales se evidencia 8 registros que no contaban con el estadiaje del grado de prolapso, por lo que estos fueron descartados para los análisis multivariantes propuesto en este estudio. La edad promedio fue 55 años, siendo el grupo etario más afectado las edades de 46-65 años, 81% de la población fue mestiza, 74% presenta parto normal, el 39% presento prolapso de tipo III, 41% de la población el tiempo de evolución del cuadro fue de más de tres años, un IMC promedio de 29.54, con un promedio de 6 partos.

El aborto se presentó en promedio de 0.7. Con hijos recién nacidos con promedio al nacer de 3800 gr, la edad promedio del primer parto de 20 años, la edad promedio del último parto de la población fue de 34.6, con un 72% de ausencia de antecedente familiar.

Se concluyó que en relación a las características de la población existen claras diferencias y similitudes con la literatura conocida. En la asociación entre el prolapso de órgano pélvico y el antecedente familiar el impacto en la severidad del cuadro es muy bajo. El

impacto en la severidad del cuadro de variables como edad de la paciente, paridad, número de abortos, IMC y antecedente familiar varía. Siendo el valor de IMC y la Edad de detección del cuadro las variables más relacionadas con la severidad del cuadro, siendo el valor crítico del IMC en nuestra población de 29 sin embargo su impacto ya se lo puede medir desde un valor de 27, la edad de la paciente y el hecho que el tiempo de evolución de cuadro es muy elevado en la población dan a entender que el tiempo que la paciente desatiende su condición y no busca ayuda constituyen la principal causa de empeoramiento del cuadro en nuestra población. La paridad si bien no es una variable que tenga peso por si sola en la severidad del cuadro contribuye en su génesis de gran manera tomado en cuenta la edad del primer y último parto.

**Banchón, Martha (11)** en su trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo y complicaciones del prolapso urogenital en edades entre 50 y 55 Años. Hospital Enrique C. Sotomayor 2014” realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y epidemiológico e incluyó a todo el grupo poblacional femenino entre los 50 y 55 años de edad que acudió al servicio de consulta externa/ambulatoria del Departamento de Ginecología de la Maternidad Enrique C Sotomayor desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014.

Revisó las historias clínicas de las mujeres incluidas en el estudio para confirmar los criterios de selección de las participantes, así como el diagnóstico correcto por CIE10 y la clasificación de la enfermedad, y se evaluaron los factores de riesgo relacionados con la aparición de prolapso genital: rango de edad 50 a 55 años, cirugía pélvica previa, estreñimiento, multiparidad, obesidad.

Con base en los resultados de este estudio se concluyó que el prolapso genital es y sigue siendo un problema de salud pública, caracterizándose por ser un fenómeno multifacético, relativamente frecuente en las mujeres a lo largo de toda su vida; ya que se observa que la mayoría de las pacientes contaba con 3 o más factores de riesgo. De todos los tipos de prolapso genital que existen el cistocele representó el prolapso urogenital más frecuente.

La sintomatología de esta patología, de resolución quirúrgica, fue principalmente la sensación de masa, hemorragia, constipación, dispareunia, incontinencia urinaria y polaquiuria. El grupo de edad más frecuente en el que se presentó fue entre los 50 y 55 años de edad, lo cual refleja que la edad es un factor realmente importante en la aparición de esta patología; si unimos este dato con el de multiparidad que también se presentó con mayor frecuencia como factor de riesgo determinamos que son los dos importantes

situaciones que inciden en la aparición y progreso por el desgaste que producen en la musculatura de sostén de la pelvis en especial a nivel del musculo elevador del ano.

**Medina, David y Munguía Reyna (12)** en su tesis titulada “Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en pacientes ingresados al servicio de Ginecología del HEODRA en el periodo Mayo 2010-Mayo 2011” realizó un estudio de casos y controles, incluyendo a pacientes que fueran diagnosticadas como prolapso de órganos pélvicos y pacientes ingresadas por otra causa, obteniéndose una muestra de 176 pacientes, de los cuales 88 corresponden a casos y 88 a controles.

Se realizó análisis de: distribución de frecuencias, se les calculó OR crudo, OR ajustado e intervalo de confianza al 95%, y porcentaje de riesgo atribuible. Entre los principales hallazgos fueron que la mayoría de las pacientes son mayores de 40 años, amas de casa, casadas o en unión libre, del sector urbano y con baja escolaridad. En cuanto a factores de riesgo se encontraron; la paridad mayor o igual a 2 OR ajustado de 10.98 y un IC95% 2.99 - 40.22, con un %RA= 90.89 y la edad mayor o igual a 40 años con un OR ajustado de 4.83 y un IC95% 1.75 - 13.27 con un %RA= 79.3.

**Espitia, Franklin (13)** en su estudio “Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles” evaluó los factores de riesgo relacionados con el prolapso genital y la prevalencia del mismo. Realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, epidemiológico.

Se incluyó a todo el grupo poblacional femenino mayores de edad, no obstétrico, que acudió al servicio de consulta externa/ambulatoria del Departamento de Ginecología de la Clínica La Sagrada Familia desde el 1 de enero de 2009 hasta el 30 de junio de 2012.

Se revisaron las historias clínicas de las mujeres incluidas en el estudio para confirmar los criterios de selección de las participantes, así como el diagnóstico y la clasificación de la enfermedad, y se evaluaron los factores de riesgo relacionados con la aparición de prolapso genital: años de estudio < 9, cirugía pélvica previa, diabetes, edad, episiotomía, estreñimiento, hábitos laborales y recreativos, hipotiroidismo, histerectomía previa, macrosomía fetal, menopausia, multiparidad, neumopatía crónica, número de embarazos (> 3), obesidad, parto instrumentado (fórceps), raza blanca y tabaquismo.

De las 13.824 mujeres que participaron en el estudio, 3.681 (26,6%) estaban histerectomizadas y se diagnosticó prolapso genital en 2.193 (68,38%). Entre las 10.143 (73,4%) no histerectomizadas se diagnosticó prolapso genital en 1.014 (31,62%).



Del total de las pacientes con prolapso ( $n = 3.207/13.824$ ), 1.662 (57,7%) tenían prolapso de grado i, 978 (56,5%) prolapso de grado ii, 459 (14,3%) prolapso de grado iii y 108 (3,37%) prolapso de grado iv.

De las 3.207 pacientes con prolapso genital, el 57% fue sintomático ( $n = 1.828$ ) y en el 43% asintomático ( $n = 1.379$ ). El promedio de edad en los casos fue de  $57,6 \pm 11,4$  años, y de  $54,9$  años  $\pm 13$  en los controles.

El 84% de las pacientes sintomáticas consultaron por síntomas de disfunción del piso pélvico: sensación de peso vaginal (42%), masa vaginal (27%), IUE (18%) y 9% por menometrorragia e infección urinaria, y el otro 4% por otras condiciones ginecológicas. El número de embarazos osciló entre 0 y 15, con un promedio de  $6,3 \pm 4,2$ ; el 38% con  $> 6$  gestaciones. El número de partos estuvo entre 1 y 12, con un promedio de  $4,8 \pm 3,9$ ; la mayoría (45%) entre 1 y 3, el 39% de 4 a 6, y el 16% restante tenían más de 7 partos.

La frecuencia de la consulta por prolapso genital es creciente, siendo el prolapso anterior sintomático el más frecuente en mujeres de edad avanzada, multíparas y obesas, y los factores relacionados fueron EPOC, diabetes, raza blanca, menopaúsicas, tabaquismo e histerectomía previa.

### **1.2.2 Antecedentes nacionales.**

**Gutiérrez, Pavel** (14) en su tesis titulada “Características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de ginecología del hospital II Ramón Castilla de Lima en el periodo 2012-2015” tuvo como objetivo determinar las características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital. Realizó un estudio retrospectivo de casos y controles con 322 casos y 966 controles.

Los resultados hallados fueron: La mayoría de pacientes con prolapso genital tenían una edad entre 41-50 años (31,7%), nivel instrucción secundaria (39,4%) y eran multigestas (96,8%). Los síntomas más frecuentes fueron sensación de masa en genitales (74,2%) e incontinencia urinaria (71%). El tipo más frecuente fue el Cistocele (61%) y el grado II (80,8%). Los factores de riesgo son: edad entre 61-70 años ( $OR=2,23$ ), instrucción primaria ( $OR=2,64$ ), gestaciones de 4 o más ( $OR=4,56$ ), paridad de 4 o más ( $OR=3,71$ ), partos vaginales de 4 o más ( $OR=3,84$ ), menopausia ( $OR=2,29$ ), asma ( $OR=2,19$ ) y obesidad ( $OR=1,63$ ).

Se concluye que los factores que demostraron ser de riesgo fueron: edad entre 61-70 años, instrucción primaria, gestaciones de 4 o más, paridad de 4 o más, partos vaginales de 4 o más, menopausia, asma y obesidad

**Pascual, Luis** (15), en su tesis titulada “Factores de riesgo para distopía de órgano pélvico en pacientes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Emergencias Grau Essalud 2007”, buscó determinar los factores de riesgos asociados a distopía de órganos pélvicos y su fuerza de asociación en pacientes mujeres del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Emergencias Grau Essalud, mediante un estudio analítico, de casos y controles, retrospectivo y transversal, durante el periodo comprendido entre el 01 de julio al 31 de diciembre del 2007.

Revisó 150 historias clínicas, de las cuales 75 (50%) que es el grupo de casos y 75 (50%) que es el grupo de control. Se encontró relación significativa con edad avanzada: paridad mayor de 3 (OR=7.016), resultando ser el primer factor con mayor fuerza de asociación, seguido por edad avanzada (OR=3.371), parto vaginal (OR=3.554), menopausia (OR=2.516), siendo no factor de riesgo la obesidad.

**Dionicio, Rosa** (16), en su tesis para obtener el título de médico especialista en ginecología y obstetricia titulada “Factores de riesgo de distopía genital”, buscó determinar los factores de riesgo de distopía genital en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período comprendido entre el 01 enero de 2012 al 30 de mayo de 2013. Realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal, con un diseño de casos y controles que se basó en revisión de 400 historias clínicas por muestreo aleatorio simple, de los cuales 200 correspondían a pacientes con diagnóstico de distopía genital y las otras 200 a otras patologías ginecológicas, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Entre los factores de riesgo para distopía genital se encontraron la edad ( $p=0,000$  y  $OR=6,1$ ), multíparas vía vaginal ( $p=0,000$  y  $OR=28,3$ ) y antecedente de patología pulmonar ( $p=0,000$  y  $OR=8,6$ ). Resultó como factor protector el antecedente de cirugía pélvica ( $p=0,005$  y  $OR=0,4$ )

**Jorge Limaymanta, Fiorela** en su tesis titulada “Frecuencia del trastorno de piso pélvico en pacientes del Hospital Nacional Madre Niño “San Bartolomé” – Junio – Setiembre 2015” (17), aplicó el "cuestionario de epidemiología de prolapso e incontinencia" EPIQ

utilizando el muestreo por conveniencia en alrededor de 100 pacientes mujeres hospitalizadas en el servicio de Gineco - obstetricia del Hospital Nacional Madre Niño "San Bartolomé"- junio- setiembre 2015".

En dicho estudio se expone la frecuencia de las edades de las 86 mujeres evaluadas dentro del cual 53 con patología del suelo pélvico: 5,7% mujeres menores de 25 años; 37,7% mujeres de 25 a 39 años; 34% mujeres de 40 a 54 años; 22,6% mujeres de 55 a 69 años. Asimismo, presentan dicho trastorno el 80% de las mujeres evaluadas entre 55 y 65 años. También se evidencia que a mayor número de partos aumenta el porcentaje en cada patología, la frecuencia es alta para incontinencia urinaria de esfuerzo 53,5% seguida de vejiga hiperactiva 24,4% y prolapso de órganos pélvicos fue 22,1%.

Se concluyó que las alteraciones que más se relacionaron con trastorno de piso pélvico fue la incontinencia urinaria de esfuerzo y la vejiga hiperactiva y respecto a las asociaciones con 2 de trastornos de piso pélvico en este estudio tuvieron el mismo porcentaje, la incontinencia urinaria al esfuerzo más vejiga hiperactiva y la asociación de incontinencia urinaria de esfuerzo más prolapso de órganos pélvicos; y acerca sobre las asociaciones con 3 trastornos de piso pélvico fue el más alto en este estudio: incontinencia urinaria de esfuerzo más prolapso de órganos pélvicos más vejiga hiperactiva..

### **1.2.3 Antecedentes Locales.**

**Pérez, Miguel y Linares, César** en su tesis titulada “Factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en púérperas atendidas en el hospital regional de Loreto, enero – abril del 2013” (18) tuvieron como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en las púérperas que presentaron diagnóstico de desgarro vulvoperineales post parto.

La población de estudio se caracterizó por ser conviviente 71.3% (82), de educación primaria completa 37.3% (43) e incompleta 23.4% (27), de procedencia urbana 54.7% (urbana), de ocupación ama de casa 84,3% (97). Los factores de riesgos maternos resaltantes fueron la edad de 21 a 30 años, anemia leve, la posición horizontal y la condición de primíparas, como factores de riesgo del parto tenemos parto instrumental, episiotomía y peso 3501 a 4000g del RN.

### **1.3 Bases Teóricas:**

#### **1.3.1. Epidemiología.**

La epidemiología es la disciplina científica que estudia la frecuencia y distribución de fenómenos relacionados con la salud. Tiene en cuenta los determinantes de un fenómeno o enfermedad en poblaciones específicas y su aplicación al control de problemas de salud, siendo éste el objetivo último del estudio. Los determinantes son todos los factores físicos, biológicos, sociales, culturales y de comportamiento que influyen sobre la salud (19). Los métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas son la vigilancia y los estudios descriptivos que se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes (20).

Respecto a los estudios epidemiológicos descriptivos, permiten describir los problemas de salud según las variables de persona lugar y tiempo; la formulación de hipótesis y pruebas necesarias para inferir causalidad. La descripción del problema incluye las diferentes características de un evento epidemiológico: la identificación de una enfermedad, la frecuencia de su distribución en grupos de población específicos, los aspectos del/los factores de riesgo, la determinación de los efectos y la población en riesgo. Con respecto a la enfermedad se deben establecer las definiciones de caso tanto clínico como de laboratorio y en qué momento de la evolución de la enfermedad se va establecer (21).

#### **1.3.2. Clínica (22).**

Denominado también como cuadro clínico, manifestaciones clínicas o solo «clínica». Contexto definido por la relación entre los signos y síntomas que presenta una persona con determinada enfermedad.

- Síntomas: Son la declaración y el relato del enfermo sobre lo que le sucede. Carácter subjetivo, basado en las percepciones del paciente.
- Signos: Indicios provenientes del examen o exploración psicofísica del paciente. Son elementos sensoriales (relacionados con los sentidos); se recogen de la biología del paciente a partir de la observación, el olfato, la palpación, la percusión y la auscultación, además de la aplicación de ciertas maniobras. Se interpretan según un contexto semiológico.



### **1.3.3. Menopausia.**

Es el término médico que designa la fecha de la última menstruación en la vida de la mujer. Es un proceso de envejecimiento debido a la menor producción de hormonas, estrógenos y progesterona que se acompaña de la pérdida de la capacidad productiva. El momento de su presentación está determinado genéticamente y ocurre, en promedio, entre los 45 y 55 años. (23).

La menopausia espontánea o natural es consecuencia de la atresia o agotamiento folicular, de tal modo que no existen folículos ováricos que puedan responder a las gonadotropinas; por tal motivo, el ovario pierde su función cíclica, desaparece la ovulación y se termina la etapa reproductiva de la mujer (24). Esta se determina cuando se observa el cese de las menstruaciones por un espacio mayor de un año, consecuencia de la pérdida de la función ovárica. Se correlaciona con la disminución de la secreción de estrógenos, por pérdida de la función folicular (25)

#### **Tipos de síntomas en la menopausia (26)**

- Vasomotores: Bochorno y sudoración. Son los síntomas más clásicos de la deficiencia de estrógenos; suelen hacerse muchos más intensos cerca de la menopausia, cuando los niveles de estrógenos decrecen rápidamente. Se les describe como periodos transitorios y recurrentes de enrojecimiento facial, que pueden extenderse al cuello, a los hombros y a la parte superior del tórax, asociado a sudoración y sensación de calor, que se acompañan a menudo de palpitaciones y sensación de ansiedad.
- Genitourinarios: Hemorragia anormal, alteración menstrual, sangrado posmenopáusico, sequedad vaginal, dispareunia, molestias urinarias, distopia genital, infertilidad. La vejiga y la vagina son órganos muy sensibles a los estrógenos; su deficiencia produce atrofia en ambos tejidos. En la vagina, se manifiesta con adelgazamiento, sequedad, prurito, dolor y dispareunia; en la vejiga y uretra, se manifiesta por disuria, poliaquiuria, urgencia urinaria, nicturia y algunas veces incontinencia urinaria; todos estos cambios predisponen a infecciones urinarias. La atrofia vaginal es un trastorno tardío de la deficiencia de estrógenos. Por otro lado, la pérdida de elasticidad de los tejidos del piso pélvico se traduce en distopia genital (histerocele, cistocele, enterocele,

rectocele). Otros cambios en el aparato genital son la reducción del tamaño del útero, del endometrio y de los ovarios.

- Cardiovasculares: palpitaciones, dolor precordial, disnea y enfermedad coronaria. Al caer los estrógenos, se eleva el colesterol de densidad baja (LDL) y disminuye el colesterol de densidad alta (HDL); esto favorece la formación de las placas de ateroma y la progresión de la aterosclerosis coronaria; con ello, las enfermedades cardiovasculares se incrementan en forma sustancial.
- Osteomusculares: dolor osteomuscular, lumbalgia, osteopenia, osteoporosis. Antes de la menopausia la tasa de pérdida del tejido óseo total por año es menor al 1%; sin embargo, después de ella, esta tasa se incrementa hasta 5% por año. Este cambio está francamente relacionado a la deficiencia de estrógenos. Si bien la osteoporosis es de causa multifactorial, la falta de estrógenos es un condicionante muy importante.
- Neuropsiquiátricos: Cefalea, depresión, insomnio, alteración de conciencia, alteración de memoria, vértigo, ansiedad, irritabilidad, disminución de la libido. Se ha planteado que las hormonas producidas por el ovario, como los estrógenos, la progesterona y la testosterona, tienen influencia en el cerebro, activando procesos complejos a través de los neurotransmisores. Si bien estos procesos no están completamente clarificados, se plantea que la deficiencia de estrógenos va a alterar los niveles de catecolaminas (dopamina y norepinefrina), acetilcolina y monoamino oxidasa, a nivel del sistema nervioso central, y con ello condicionar las alteraciones del humor, del estado de ánimo, la memoria, así como de la libido en la mujer. Sin embargo, se reconoce también que aquí intervienen mucho otros factores, como los culturales, sociales, ambientales y psicológicos, que van a hacer que todas las manifestaciones del climaterio y la menopausia se vuelvan complejas y variadas.
- Modificaciones en la piel: adelgazamiento, sequedad, arrugas. Al disminuir las fibras colágenas y elásticas en la piel, esta se vuelve fina y frágil, perdiendo elasticidad y firmeza; la epidermis se adelgaza, aumenta la pérdida de agua y disminuye el número de vasos sanguíneos; todo esto se traduce en arrugas. Se puede presentar pérdida de

cabello, del vello axilar y pubiano. Sin embargo, debido al predominio relativo de andrógenos, estos pueden ser reemplazados por pelos más gruesos.

### **1.3.5. Anatomía del Piso Pélvico.**

El soporte normal del piso pélvico depende de estructuras pasivas (huesos y tejido conectivo) y estructuras activas (músculos y nervios). El tejido conectivo que soporta los órganos pélvicos se organiza como colágeno denso (ligamentos y tendones) y en una estructura menos definida de colágeno, músculo liso, elastina y tejido vascular conocida como la fascia endopélvica (11). Los apegos fasciales endopelvianos, en particular las condensaciones de la fascia endopélvica conocidas como los ligamentos uterosacro y cardinal, estabilizan los órganos pélvicos en la posición correcta para que los músculos pélvicos puedan proporcionar un soporte óptimo. Estos conforman alrededor del cérvix uterino, lo que es conocido como el anillo peri cervical. Hacia las paredes laterales de la pelvis, la fascia endopélvica se condensa en una estructura llamada arco tendí neo de la fascia pélvica (línea blanca), lugar donde la fascia pubo-cervical y tabique recto-vaginal, estructuras que separan vagina de vejiga y vagina de recto respectivamente, se anclan lateralmente hacia las paredes de la pelvis. El cierre del diafragma pélvico está dado por el músculo elevador del ano. Éste está constituido por diferentes haces musculares (haz pubococcígeo, puborrectal e iliococcígeo) que transcurren desde la pelvis ósea y que rodean lo órganos pélvicos, lo que se constituye como un soporte primario que proporciona una base firme pero elástica sobre la cual descansan los órganos pélvicos. Ésta estructura de músculo estriado presenta una abertura anterior llamada hiato urogenital, por donde transcurre hacia el exterior la uretra, vagina y recto.

**Los principales órganos que sustentan el aparato genital son (11):**

**Fascia endopélvica:** tejido conjuntivo que sustenta el útero con 6 engrosamientos fasciales (2 anteriores o ligamentos pubovesicovaginales, 2 posteriores o ligamentos uterosacros y 2 laterales muy densos, que son los ligamentos cardinales o de Mackenrodt).

**Diafragma pélvico:** constituido por delante y lateralmente por los músculos elevadores del ano, y por detrás por los coccígeos.

**Diafragma urogenital:** formado por el músculo transverso del periné, con apertura para vagina, uretra y vena dorsal del clítoris.

**Piso perineal:** une en la línea media, los músculos bulbos cavernosos y los transversos superficiales, formando el rafe medio recto-vaginal que apoya en la cuña perineal. La estática de los órganos pélvicos se establece mediante:

Sistema de orientación del útero: fondo uterino hacia delante por los ligamentos redondos y hacia atrás por los ligamentos útero-sacros.

**Sistema de suspensión:** ligamentos cardinales y paracolpos.

**Sistema de sustentación:** piso pélvico, músculos elevadores del ano y coccígeos, diafragma urogenital y cuña perineal.

Los músculos del suelo de la pelvis contrarrestan la fuerza ejercida hacia abajo por la presión intraabdominal y, actuando junto con los músculos de la pared abdominal, alejan la dirección de esa presión del hiato genital a través del cual podría producirse el prolapso de los órganos pélvicos

Niveles de apoyo órgano pélvico (27): Consiste en un sistema de tres niveles integrados de apoyo vaginal, que están conectados a través de una red de apoyo de fascia endopelvico continua:

**Nivel 1:** Complejo ligamento uterosacro / cardinal, que suspende el útero y la vagina superior hacia el sacro y la pared lateral pélvica lateral. El soporte de nivel 1 representa las fibras verticales del paracolpio que son una continuación del complejo del ligamento uterosacral / cardinal que se inserta de forma variable en el cuello del útero y la vagina.

**Nivel 2:** Paravaginal adjuntos a lo largo de la longitud de la vagina a la fascia superior del músculo elevador ano y la línea blanca. La pérdida de apoyo de nivel 2 contribuye al prolapso de la pared vaginal anterior (cistocele).

**Nivel 3:** Cuerpo perineal, membrana perineal y músculos perineales superficiales y profundos, que sostienen el tercio distal de la vagina. Anteriormente, la pérdida de apoyo



de nivel 3 puede resultar en hipermovilidad uretral. Posteriormente, la pérdida de apoyo de nivel 3 puede resultar en un rectocele distal o descenso perineal.

### **1.3.6. Distopia Genital.**

La distopía genital es el descenso o desplazamiento inferior de uno de los órganos pélvicos desde su localización normal, a través de la vagina y en dirección a la vulva, que se produce como consecuencia del fallo de sus elementos de suspensión y sustentación, y de la inervación y musculatura del sistema urinario e intestinal, lo que produce protrusión o abultamiento de la pared vaginal (28).

Puede considerarse como una hernia visceral; hernia de la vejiga, uretra, útero, recto o intestino delgado respectivamente, a través de un punto débil del piso pelviano (hiato urogenital), que puede generar una patología multisistémica con un enfoque multidisciplinario, constituyendo una parte importante de la disfunción del suelo pélvico (29). Esta patología está casi siempre asociada al embarazo y parto, aunque también se observa como consecuencia de climaterio y senectud y, en más raras ocasiones, por deficiencias congénitas o fracturas pélvicas (30).

#### **1.3.6.1. Clasificación.**

- Prolapso vaginal superior; comprendiendo, el útero, la cúpula vaginal (posterior a la histerectomía cuando desciende la parte superior de la vagina).
- Prolapso de la pared vaginal anterior, comprendiendo, cistocele (descenso de la vejiga), uretrocele (descenso de la uretra), defecto paravaginal (defecto de la fascia pélvica). Por su entidad también puede ser discreto, moderado o marcado.
- Prolapso de la pared vaginal posterior; comprendiendo entero cele (descenso del intestino), recto cele (descenso del recto), desgarró perineal.

Todas las formas clínicas descritas pueden existir de forma aislada, o más frecuentemente, asociadas entre sí, traduciendo un déficit global del sistema ligamentario y de sostén que forman el suelo pélvico. En términos generales, se pueden clasificar en (31):

- a) Prolapso uterino o histeroceles: descenso del útero respecto a su posición anatómica, que de forma casi constante se asocia a distintos grados de descenso de vejiga y/o recto. Es debido a un fallo de los ligamentos de sostén uterinos. Puede existir además elongación del cérvix aislada o junto al prolapso uterino.
- b) Colpocel: hernia vaginal o protrusión de las paredes vaginales a través de la vulva. Puede ser anterior o posterior, aunque rara vez se presenta de forma aislada.
- Anterior: descenso de la pared anterior vaginal sola (colpocel anterior) o asociada a:
    - Cistocel: colpocel anterior, sobre todo en su mitad superior, que asocia el descenso de la vejiga, por alteración de los ligamentos pubovesicouterinos.
    - Uretrocel: colpocel anterior, sobre todo de su mitad inferior, que incluye la uretra, por alteración del ligamento triangular.
  - Posterior: descenso de la pared vaginal posterior sola (colpocel posterior) o asociada con mayor frecuencia a rectocel, enterocel, o ambos:
    - Rectocel: colpocel posterior, que incluye recto en su descenso, por alteración del tabique recto-vaginal.
    - Enterocel, douglascel o elitrocél: prolapso de la porción superior de la pared vaginal, con hernia del fondo de saco de Douglas, que suele contener intestino delgado o epipión, por lesión de los ligamentos uterosacros.
- c) Prolapso de cúpula vaginal o cérvix restante: caída o descenso de la cúpula vaginal o cérvix en pacientes con histerectomía abdominal o vaginal previas

### **1.3.6.2. Grados de Prolapso.**

De acuerdo a la importancia del descenso, pueden distinguirse cuatro grados en las formas clínicas de presentación (31)

- Grado I: Descenso entre posición normal e introito
- Grado II: Descenso a nivel del introito

- Grado III: Descenso por fuera del nivel del introito
- Grado IV: Prolapso total, fuera del plano vulvar.

A fin de dar mayor objetividad a la cuantificación del prolapso de los órganos pélvicos, la Sociedad Internacional de Continencia adoptó un sistema de clasificación conocido como POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System, basado en demostrar la máxima extensión del prolapso en el examen físico. Para todas las mediciones el punto de referencia es el himen, desde donde se miden 6 puntos, los que se encuentren sobre el himen o proximales se designan positivos y los puntos bajo el himen o distales negativo.

(32)

**Tabla 1:** Puntos de medición en el POP-Q

Punto	Descripción
<b>A anterior (Aa)</b>	Pared anterior, línea media, 3 cm. proximal al himen.
<b>B anterior (Ba)</b>	Porción más distal de la pared anterior desde el punto Aa hasta el fórnix anterior o cúpula vaginal. Si no hay prolapso se ubica en -3.
<b>A posterior (Ap)</b>	Pared posterior, línea media, 3 cm. proximal al himen.
<b>B posterior (Bp)</b>	Porción más distal de la pared posterior desde el punto Ap hasta el fórnix posterior o cúpula vaginal.
<b>C</b>	Es el punto que corresponde a la porción más distal del cérvix o de la cúpula vaginal después de una histerectomía.
<b>D</b>	Es la porción más profunda del fórnix posterior (queda en blanco en histerectomizadas).
<b>Gh (hiato genital)</b>	Distancia entre el meato uretral a la porción posterior del himen.
<b>Pb (cuerpo perineal)</b>	Distancia entre la porción posterior del himen y el ano.
<b>Tvl (longitud vaginal total)</b>	Distancia entre el himen y la ápex vaginal (se mide con C o D reducidos a su posición normal)

Fuente: (21)

- Estadio I. El punto más declive del prolapso se encuentra situado a más de 1 cm por encima de los restos del himen.
- Estadio II. El punto más declive del prolapso se encuentra en el area situada entre 1 cm por encima y 1 cm por debajo de los restos del himen.
- Estadio III. El punto más declive del prolapso se encuentra situado a más de 1 cm por debajo de los restos del himen.
- Estadio IV. Es el prolapso total, en que la mucosa vaginal está completamente evertida.

**Tabla 2:** Estadios del POP-Q

Estadio	Descripción
0	No hay descenso. Aa y Ap están a -3.
1	El prolapso no desciende más allá de 1 cm. sobre el himen.
2	El prolapso desciende entre 1cm. sobre el himen o 1 cm. bajo éste.
3	El prolapso desciende más allá de 1 cm. Bajo el himen.
4	La vagina está completamente evertida.

Fuente: (32)

### 1.3.6.3. Cuadro clínico.

Los síntomas del prolapso de órganos pélvicos con frecuencia se relacionan con la protrusión de tejidos, pero más a menudo con la disfunción de los aparatos y sistemas orgánicos afectados. Estos van desde dolor vago dorsal bajo hasta la incontinencia urinaria y fecal importantes (33)

- a) Incontinencia urinaria: Es uno de los síntomas más comunes cuya prevalencia es de 17 a 45 % en la población. La incontinencia urinaria de esfuerzo suele relacionarse con pérdida de sostén de la porción anterior de la vagina con hipermovilidad uretral

resultante. Los síntomas suelen presentarse al realizar esfuerzos físicos como levantar objetos pesados, toser, reír, estornudar o hacer ejercicio. A medida que empeora el prolapso de órganos pélvicos la incontinencia urinaria de esfuerzo mejora. La reducción del prolapso durante el examen físico evidencia la incontinencia urinaria. Este fenómeno se ha denominado incontinencia urinaria de esfuerzo genuina oculta o potencial.

- b) Síntomas miccionales irritativos: Polaquiuria, urgencia y nicturia son síntomas asociados al prolapso de órganos pélvicos. Etapas avanzadas del prolapso genital tienen incontinencia de urgencia por inestabilidad del detrusor, aunque se desconoce la causa por la cual se produce dicha inestabilidad; esta inestabilidad se resuelve con la corrección quirúrgica en 17 a 85 % de las pacientes.
- c) Retención urinaria: Los grados intensos del prolapso de órganos pélvicos cursan con arrugamiento y obstrucción de la uretra conforme la vejiga se hernia progresivamente. La obstrucción se acentúa durante el pujo. Se presenta disminución del flujo máximo de orina y aumento de la orina residual. Se ha encontrado que no hay relación entre el grado del prolapso y el grado de obstrucción uretral. La micción incompleta puede predisponer a la infección de vías urinarias, hiperactividad del detrusor y disminución de la elasticidad vesical lo que conlleva el riesgo de reflujo ureteral y daño renal. La retención urinaria aguda es extremadamente rara y se informa de sólo unos cuantos casos en las publicaciones.
- d) Incontinencia fecal: Es un síntoma raro, la mayoría de las veces subcomunicado por las pacientes y poco estudiado por los médicos. Se acompaña además de prolapso y de incontinencia urinaria. Los grados mayores del prolapso predisponen, con una mayor probabilidad, a la incontinencia fecal. Este trastorno es causado por un mecanismo incompetente del esfínter anal o un defecto en el reservorio rectal, con exceso de heces.
- e) Dificultad defecatoria y desimpactación: El vaciamiento difícil del recto, el tenesmo, la necesidad de desimpactación y la estimulación digital rectal son a menudo los síntomas más notables del rectocele. La desimpactación a través de la vagina o del periné se realiza para reducir manualmente el reservorio rectal y se hace colocando los dedos en

contra de la pared vaginal posterior y empujando el rectocele en sentido ascendente a través del introito o mediante presión ascendente del periné.

- f) **Disfunción sexual:** Los problemas de la función sexual son frecuentes en mujeres con prolapso de órganos pélvicos pero ésta debe diferenciarse claramente de la disfunción sexual producida por la edad. El rechazo de los médicos a discutir la sexualidad de una manera indulgente sólo refuerza la incomodidad de la paciente. Es vital hablar con la paciente de la función sexual cuando se consideran opciones terapéuticas que pueden obstruir la vagina o reducir su capacidad.
- g) **Molestias pélvicas:** Sensación de que algo sale por la vagina o compresión pélvica con dolor dorsal o inguinal acompañantes en la bipedestación o con la actividad física son los síntomas más frecuentes en el prolapso de órganos pélvicos. La distensión del peritoneo produce dolor o compresión pélvicos, y la distensión de los ligamentos uterosacros provoca dolor dorsal bajo.

#### **1.3.6.4. Factores de riesgo.**

Una clasificación de las causas o factores causales implicados en esta patología pueden dividirse en (13):

- a) **Factores predisponentes:** el parto vaginal, los partos instrumentados (fórceps), la episiotomía rutinaria, la multiparidad, intervenciones quirúrgicas pélvicas, anomalías anatómicas o neurológicas (extrofia vesical o enfermedades mielodisplásicas), alteraciones musculo esqueléticas, la raza, el grupo étnico, las enfermedades del colágeno, etc.
- b) **Factores desencadenantes:** la cirugía ginecológica oncológica radical y la radioterapia pélvica; los mecanismos implicados en las lesiones del suelo pélvico secundarias al parto (lesiones por denervación y lesiones de las estructuras anatómicas o de soporte).
- c) **Factores promotores:** el estreñimiento, los hábitos laborales y recreativos, la obesidad, cirugías (histerectomía, denervación uterosacra, cirugía vaginal, etc.), el

tabaquismo y las enfermedades pulmonares crónicas, los fármacos (AINE, antiácidos con calcio y hierro, por el estreñimiento que provocan, y los IECA, por la tos) y la menopausia.

- d) Factores descompensadores: la diabetes, la insuficiencia vascular, la insuficiencia cardíaca, el sedentarismo, la debilidad, la invalidez, etc.
- e) Factores favorecedores: la edad, las condiciones que incrementan la presión intraabdominal.

Por otro lado, es poco frecuente encontrar un único factor etiológico del prolapso, y es habitual la coexistencia de varios factores causales más o menos evidente y, con mucha mayor frecuencia, de forma adquirida, por lo que se pueden dividir en (16):

a) Congénito:

La frecuencia es baja, pero hay casos de prolapso en pacientes jóvenes o nulíparas, generalmente asociado a patologías como el Síndrome de Marfan o en mujeres con mayor predisposición a padecer cualquier tipo de hernias. También se ha descrito asociado a malformaciones del SNC tipo meningocele, espina bífida y extrofia vesical. Suele existir una inclinación deficiente de la pelvis, distancia ano-vulvar corta, hipotrofia mamaria y cierto grado de inmadurez del desarrollo sexual femenino. Existen diferencias raciales en la incidencia del prolapso genital, siendo más frecuente en mujeres caucásicas que en negras o asiáticas. Esto puede explicarse por diferencias genéticas de la arquitectura pélvica, por la distinta calidad y tonicidad de los músculos pélvicos de soporte, y por la tendencia a desarrollar un tejido cicatricial fibroso más o menos denso en mujeres de distintas razas, aunque también puede explicarse por las distintas costumbres socioculturales existentes en los distintos grupos étnicos.

b) Traumático:

El embarazo y el parto son las causas más importantes en la fisiología del prolapso, existiendo grandes variaciones individuales en lo que respecta a la resistencia y recuperación de los tejidos pélvicos, como lo demuestra la ausencia de prolapso en mujeres que han tenido numerosos partos vaginales. Traumatismos directos como accidentes,



agresiones, o el coito y traumatismos indirectos, como fracturas pélvicas, son causas de traumatismos menos frecuentes.

c) Hormonal:

Afecta sobre todo en climaterio y senectud, especialmente a mujeres con sobrepeso, cuando cesa el estímulo estrogénico sobre los tejidos de soporte de la pelvis.

d) Otros:

Incrementos de la presión intraabdominal consecuencia de la obesidad, ejercicios físicos intensos, acción de levantar objetos pesados, tos crónica, estreñimiento crónico, existencia de tumores pélvicos o de ascitis y, de forma iatrogénica el prolapso de cúpula vaginal o de cérvix restante tras histerectomía abdominal o vaginal.

A fin de definir los factores de riesgo más recurrentes en las clasificaciones descritas, tomamos las siguientes:

a) Multiparidad

El parto vaginal es el factor de riesgo citado con más frecuencia. No existe acuerdo sobre si es el embarazo o el parto mismo el que predispone a la disfunción del piso pélvico. Durante la gestación se producen una serie de cambios hormonales que debilitan la consistencia del suelo pélvico; además de ello, se produce un progresivo aumento del tamaño uterino que incrementa la presión, favoreciendo con ello la aparición de disfunciones. El número de partos vaginales guarda una relación con la frecuencia de los prolapsos genitales. En el segundo parto ya se observa un aumento discreto que continúa en ascenso hasta el cuarto parto y se mantiene. En las publicaciones latinoamericanas, la gran multiparidad se ve frecuentemente asociada a prolapsos grado III y IV o totales. El riesgo de prolapso genital aumenta 1.2 veces en cada parto vaginal (34).

b) Otros riesgos obstétricos:

Éstos incluyen macrosomía, segunda etapa del trabajo de parto prolongada, episiotomía, laceración del esfínter anal, analgesia epidural, uso de fórceps y estimulación del trabajo de parto con oxitocina. Cada uno es un factor de riesgo propuesto, aunque no hay demostración definitiva. Mientras se esperan más estudios, puede anticiparse que aunque es factible que cada uno tenga un impacto importante, es la suma de todos los fenómenos

que ocurren durante el paso del feto por el canal del parto lo que predispone al prolapso de órganos pélvicos. (34)

c) Edad:

La edad avanzada también está implicada en el desarrollo del POP. En las mujeres de 20 a 59 años, la incidencia de prolapso genital casi se duplica con cada decenio. Al igual que con otros factores de riesgo para prolapso genital, el envejecimiento es un proceso complejo. El aumento de incidencia podría derivar del envejecimiento fisiológico y procesos degenerativos, así como del hipoestrogenismo. Es problemático separar los efectos de la falta de estrógenos de aquellos del proceso de envejecimiento. (34)

d) Aumento de presión abdominal:

Se cree que el aumento crónico de la presión intraabdominal participa en la patogenia del prolapso genital.

Esta condición se encuentra, entre otros, en:

- Obesidad: Muchos estudios identifican la obesidad como factor de riesgo independiente para incontinencia urinaria de esfuerzo. Sin embargo, es menos clara la relación con el desarrollo de POP. La presencia de un índice de masa corporal superior para la altura y edad correspondientes, supone un factor de riesgo muy importante que, en muchos estudios ha demostrado ser independiente de otros factores implicados, como la paridad, el tabaco, la cirugía o los antecedentes familiares (35)
- Estreñimiento: parece producir un efecto lesivo crónico sobre el nervio pudiendo, tanto por compresión (prensa abdominal), como por estiramiento (prolongación de la defecación). Estos fenómenos originan cierto grado de neuropatía pélvica, que, a su vez, empeora el estreñimiento, cerrándose un círculo vicioso que acaba por ocasionar una importante disfunción del suelo pélvico con sus consecuencias. (35)
- Actividad física: La actividad deportiva de alta competición, sobre todo la gimnasia y el atletismo, se relacionan con una mayor incidencia de alteraciones de la función del suelo pélvico, mientras que otros deportes, como la natación, suponen un riesgo menor. Con respecto a cargar objetos pesados, un estudio danés demostró que las asistentes de

enfermería que cargaban cuerpos pesados en forma repetida tenían mayor riesgo de someterse a una intervención quirúrgica por prolapso, con razón de probabilidades de 1.6. (34)

#### **1.4. Definición de términos.**

**Distopía:** Situación anómala o desplazamiento de un órgano – ectopia (36)

**Prolapso genital:** Distopia caracterizada por el descenso o desplazamiento hacia la vulva de las paredes de la vagina, vejiga, recto, útero o todos ellos en conjunto. Constituye una variedad de hernia a través del hiato urogenital. (36)

**Histerectomía:** Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del útero de la mujer. En algunas ocasiones puede ir acompañada de la resección de las trompas de Falopio y de los ovarios procedimiento que se denomina Salpingo Ooforectomía (37)

**Prevalencia:** Describe la proporción de la población que padece una determinada enfermedad en estudio, en un momento determinado. (38)

**Incidencia:** Contabiliza el número de casos nuevos, de una enfermedad en estudio, que aparecen en un período de tiempo previamente determinado. (38)

**Epidemiología:** Estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. (39)

**Cuadro clínico:** Conjunto de síntomas y signos que presenta un paciente. (40)

**Menopausia:** Periodo fisiológico en la vida de las mujeres condicionado por cambios hormonales. Consiste en el cese permanente de la menstruación. (41)

**Estrógeno:** Tipo de hormona producida por el cuerpo que ayuda a desarrollar y mantener características sexuales femeninas y el crecimiento de los huesos largos. (42)

**Histerocele:** Llamado también prolapso uterino. Se define como el descenso del útero a través de la vagina. (43)

**Cistocele:** Caída de la vejiga urinaria en el canal de la vagina por el debilitamiento o la rotura del suelo pélvico. (44)

**Uretrocele:** Protrusión de la uretra en el canal vaginal. Se acompaña casi siempre de un cistocele (cistouretrocele) (45)

**Enteroccele:** Tipo de hernia de las asas intestinales dentro del fondo del saco de Douglas, que protruye dentro de la vagina o el recto. También se la conoce como hernia interrectovaginal o hernia douglascele. (46)

**Rectoccele:** Herniación del recto hacia la vagina. Una hernia se produce por un descenso o caída de un órgano hacia otro orificio y, en este caso concreto la caída del recto hacia la vagina. (47)

**Polaquiuria:** Síntoma urinario que se caracteriza por micción frecuente y de escaso volumen. Es característica de los cuadros obstructivos del tramo común inferior (el ejemplo más característico sería el prostatismo) y de los cuadros irritativos vesicales (como la infección urinaria) (48)

**Nicturia:** Incremento de la producción y emisión de orina durante la noche. Se presenta en la insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus, la insuficiencia cardíaca, el trasplante renal, etc. Está en parte relacionado con una mejoría de la perfusión renal, durante el reposo físico. (49)

**Multiparidad:** Cualidad que describe a una mujer que ha tenido varios partos. (50)

**Macrosomía:** Se refiere a un tamaño corporal muy grande. Con frecuencia, se utiliza para describir a un feto de gran tamaño. (51)

### **1.3 Justificación:**

El prolapso de órganos pélvicos en la mujer es una condición frecuente que puede llegar hasta el 40% en multíparas. Sus condiciones clínicas asociadas, como la incontinencia urinaria y fecal son problemas importantes de abordar en áreas de consulta externa ginecológica al estudiar estas pacientes.

Se desconoce la epidemiología de los trastornos de piso pélvico, pero se tiene conocimiento, que con la edad hay un aumento importante en la prevalencia de trastornos uro ginecológicos en las mujeres. Esta enfermedad no solo afecta la estructura orgánica femenina si no también la calidad de vida, por ende esta enfermedad genera tanto problema orgánico y psicológico en la paciente femenina, y debería ser diagnosticada en estadios iniciales para un tratamiento oportuno.

Considerando que el prolapso de órganos pélvicos es una condición cuya incidencia y prevalencia se mantiene constante en nuestra realidad y que es responsable de una alteración en la calidad de vida en la mujer menopáusica y postmenopáusica fomentando el riesgo de infecciones urinarias y genitales, limitación funcional y necesidad de intervención quirúrgica ; resulta de interés siempre vigente esclarecer las condiciones modificables sobre las cuales intervenir y que permitan reducir la frecuencia de esta patología

Con la presente investigación se buscó conocer las principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en pacientes de 46 a 55 años en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto durante el periodo julio 2017 – junio 2018, lo cual permite conocer mejor la realidad de nuestra población a nivel local en relación a esta patología a fin de diseñar programas efectivos que logren reducir los porcentajes de quienes la padecen, aportando a la calidad de vida de las mujeres del rango de edad estudiado.

Asimismo, con esta investigación se buscó aportar datos valiosos y reales que sirvan de referente para trabajos futuros en el país y en la unidad de salud donde se realizó, igual que se busca difundir estos conocimientos adquiridos para mejorar las estrategias en

prevención, diagnóstico, tratamiento de esta patología y direccionar mejor los esfuerzos para prevenir su aparición, beneficiando así la atención que recibirán los pacientes.

### **1.5 Problema:**

El presente estudio, ha sido diseñado para contestar la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en pacientes de 46-55 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital - II – 2 Tarapoto, periodo julio 2017 – junio 2018?

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General.**

Conocer las principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en pacientes de 46-55 años en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital - II – 2 Tarapoto durante el periodo julio 2017 – junio 2018.

### **2.2 Objetivos Específicos.**

- Identificar las características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en el Hospital II – 2 Tarapoto durante el periodo julio 2017 – junio 2018.
- Determinar la prevalencia de las características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en el Hospital II – 2 Tarapoto durante el periodo julio 2017 – junio 2018
- Determinar la incidencia de distopía genital en pacientes de 46-55 años en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto durante el periodo julio 2017 – junio 2018
- Determinar la frecuencia de distopía genital en el Hospital II – 2 Tarapoto durante el periodo julio 2017 – junio 2018, según grados de distopía genital.

### 2.3. Hipótesis de Investigación.

Al ser una investigación de alcance descriptivo, sin el pronóstico de un hecho y/o dato ni relación entre las variables, no se plantea hipótesis.

### 2.4 Identificación de variables

- Distopía genital
- Características clínicas
- Características epidemiológicas

### 2.5. Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Fuente
Distopía genital	Descenso o desplazamiento inferior de uno de los órganos pélvicos desde su localización normal, a través de la vagina y en dirección a la vulva	Prolapso uterino o histerocele: descenso del útero Cistocele: descenso de la vejiga Uretrocele: descenso de organo que incluye la uretra Rectocele: descenso del recto Enterocel: descenso intestino delgado	Grado I: Descenso entre posición normal e introito Grado II: Descenso a nivel del introito Grado III: Descenso por fuera del nivel del introito Grado IV: Prolapso total, fuera del plano vulvar.	Historia Clínica
Características clínicas	Conjunto de síntomas y signos que presenta la paciente con distopía genital	Incontinencia urinaria Síntomas miccionales irritativos Retención urinaria Incontinencia fecal Dificultad defecatoria Disfunción sexual Molestias pélvicas	Nº de pacientes que manifiestan síntomas asociados	Historia clínica Ficha de registro de datos
Características epidemiológicas	Incluyen las diferentes características de un evento epidemiológico, según las variables de persona lugar y tiempo; la formulación de hipótesis y pruebas necesarias para inferir causalidad. (52)	Identificación de una enfermedad, la frecuencia de su distribución en grupos de población específicos, los aspectos del/los factores de riesgo, la determinación de los efectos y la población en riesgo (52)	% Prevalencia % Incidencia % de pacientes según: Edad Ocupación Nivel socioeconómico Factores de riesgo	Historia Clínica Ficha de registro de datos



### III. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1 Tipo de Investigación.

El tipo de investigación es aplicada, porque busca resolver un problema práctico empleando teoría ya validada.

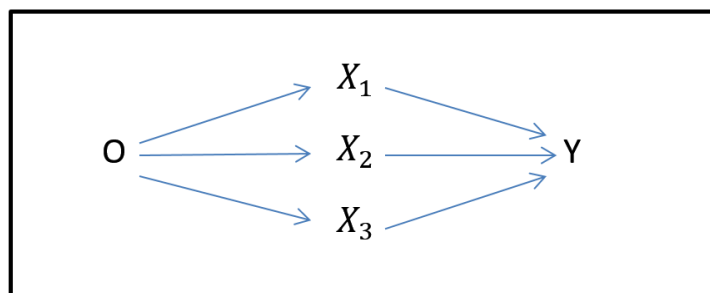
Es cuantitativa, porque usa la recolección de datos para describir una realidad, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

#### 3.2 Diseño de investigación

El presente estudio es una investigación de campo, puesto se recolectará datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna.

Asimismo, se empleará un diseño no experimental, transversal, descriptivo, puesto que se identificará los factores asociados a sobrepeso y obesidad en una determinada población, los cuales serán descritos en su estado natural, es decir, tal como se registren en la realidad observada en el periodo de tiempo estudiado.

Gráficamente, se representa así:



*Donde:*

- O : Observación
- $X_1$  : Características clínicas
- $X_2$  : Características epidemiológicas
- Y : Distopía genital

### **3.3 Población y muestra**

#### **3.3.1 Población**

Todas las historias clínicas de pacientes con distopía genital que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto durante periodo julio 2017 – junio 2018

#### **3.3.2 Muestra:**

Se trabajó con todas las historias clínicas de pacientes con distopía genital que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto durante periodo julio 2017 – junio 2018 que cumplan con los criterios de estudio.

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes de 46-55 años con diagnóstico de distopía genital atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto, periodo julio 2017 – junio 2018.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no se encuentran en el rango de edad de 46-55 años.
- Pacientes que no cuenten con historias clínicas completas.
- Pacientes con patologías diferentes a distopía genital
- Padre, madre y/o apoderado que no desea participar en el estudio, ni desea brindar datos.

### **3.4 Procedimiento**

Para obtener la información de la presente investigación se realizó las coordinaciones y permiso respectivo del jefe del servicio de Gineco obstetricia del hospital II-2 Tarapoto, a fin de solicitarle la autorización correspondiente para la aplicación de los instrumentos y la recolección de datos de la investigación, además se coordinó al comité de ética para asegurar con certeza la confidencialidad de dichos datos que pondremos a estudio.

### **3.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.5.1 Métodos.**

Análisis de la Historia clínica.

#### **3.5.2 Instrumentos.**

Ficha de registro de datos.

### **3.6 Plan de tabulación y análisis de datos**

Para el plan de análisis se utilizó fichas de registro de datos. La información captada fue revisada por el Médico Mg asesor del estudio. Los datos recabados, fueron transcritos, creando una base de datos en Excel 2011 y procesados con el programa estadístico SPSS 23.0 para Windows, cuyos resultados se presentan en tablas y gráficos, a partir de las cuales se obtuvieron las conclusiones sobre el tema.

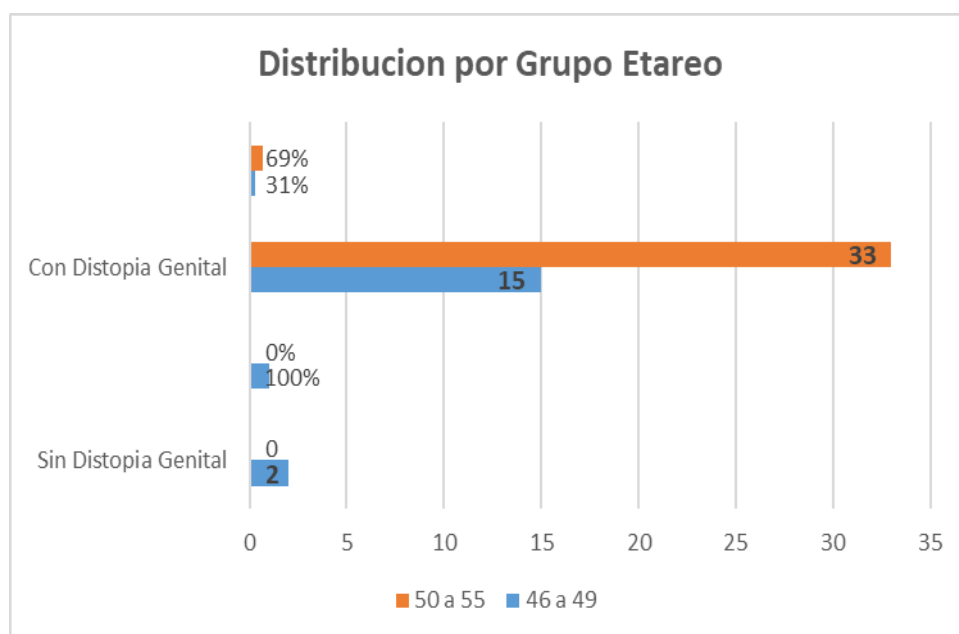
## IV. RESULTADOS

**Tabla 1.** Distribución de las Principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en pacientes de 46-55 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto, periodo julio 2017 – junio 2018.

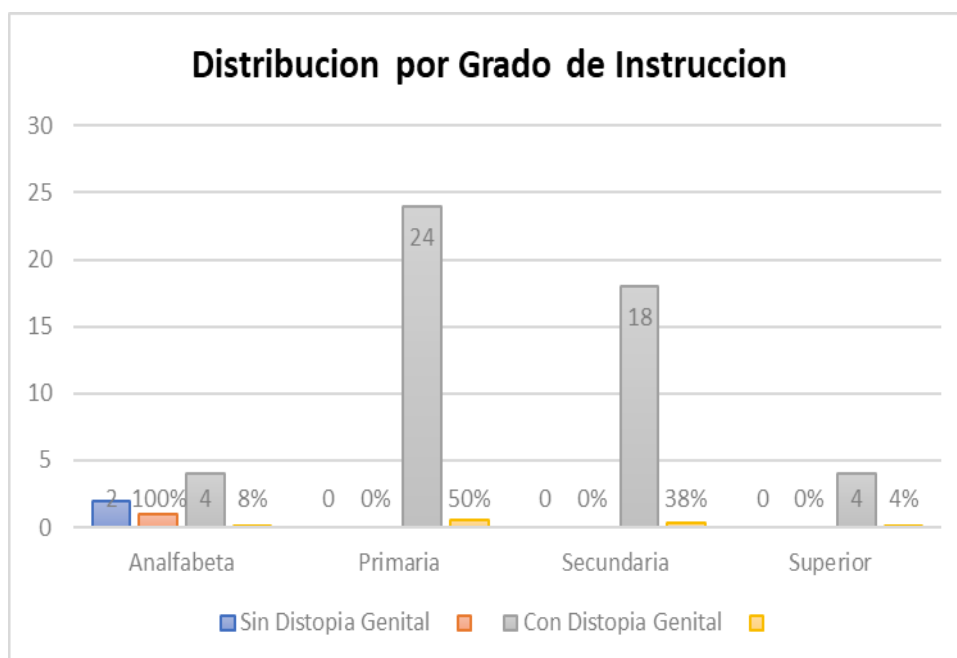
N=50	Sin Distopía Genital		Con Distopía Genital		Total	Valor P*
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Grupo Etareo						
46 a 49	2	100%	15	31%	17	0,000
50 a 55	0	0%	33	69%	33	
Total	2	100%	48	100%	50	
Grado de Instrucción						
Analfabeta	2	100%	4	8%	6	0,001
Primaria	0	0%	24	50%	24	
Secundaria	0	0%	18	38%	18	
Superior	0	0%	4	4%	4	
Total	2	100%	50	100%	50	
Antecedentes Presentados						
Multiparidad	1	50%	19	40%	20	0,05
Intervenciones quirúrgicas pélvicas	1	50%	17	35%	18	
Estreñimiento	0	0%	3	6%	3	
Obesidad	0	0%	3	6%	3	
Macrostomia	0	0%	0	0	0	
Tos crónica	0	0%	6	13%	6	
Total	2	100%	48	100%	50	
Cuadro Clínico Presentado						
Incontinencia urinaria	2	100%	38	79%	40	0,05
Síntomas miccionales irritativos	0	0%	2	4%	2	
Retención urinaria	0	0%	0	0%	0	
Incontinencia Fecal	0	0%	0	0%	0	
Dificultad defecatoria	0	0%	0	0%	0	
Disfunción sexual	0	0%	6	13%	6	
Molestias pélvicas	0	0%	2	4%	2	
Total	2	100%	48	100%	50	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

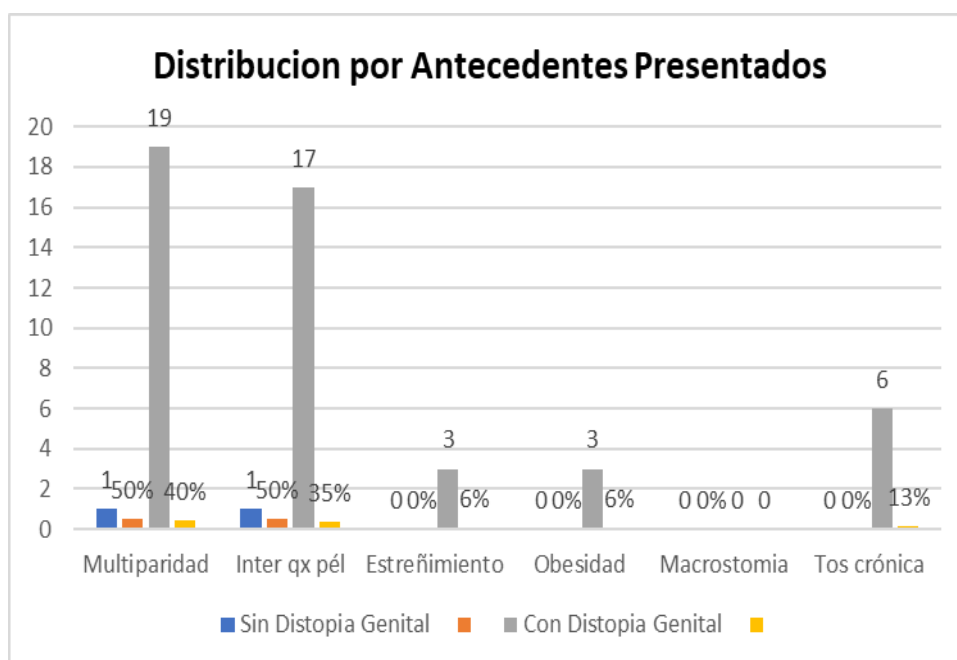
**En la Tabla 1**, muestra la distribución de las principales características clínicas y epidemiológicas de distopia genital en pacientes de 46-55 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto, periodo julio 2017 – junio 2018, donde según el grupo etario, pacientes con distopia genital, para el rango de 50 a 55 años existe un 69% (33), mientras que de 46 a 49 años existe un 31% (17), y en pacientes sin distopia genital en el grupo etareo de 46 a 49 años existe un 100% (2) ( $p<0,000$ ). En cuanto al grado de instrucción en pacientes con distopia genital tienen educación primaria en un 50% (24), y en pacientes sin distopia genital es analfabeta en un 100% (2) ( $p<0,001$ ). Con respecto a los antecedentes presentados en pacientes con distopia genital, es múltipara en un 40% (19), con intervenciones quirúrgicas pélvicas en un 35% (17), mientras que en las pacientes sin distopia genital, presenta multiparidad en un 50% (1), y con intervenciones quirúrgicas pélvicas un 50% (1), ( $p=0,05$ ). El cuadro clínico presentado en las pacientes con distopia genital fue incontinencia en un 79% (38), con disfunción sexual un 13% (6), mientras que, en pacientes sin distopia genital, un 100% (2) presento incontinencia. ( $p=0,05$ ).



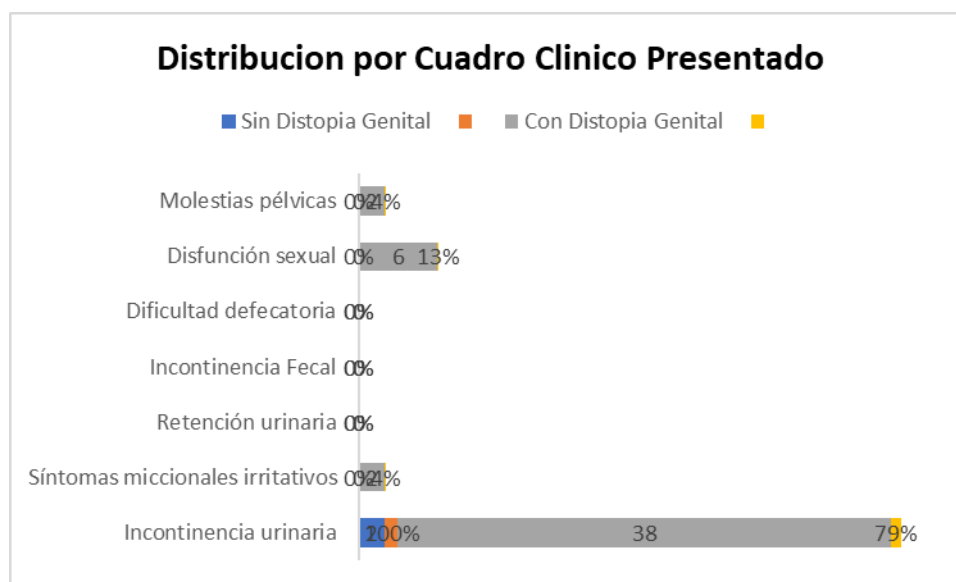
**Gráfico 1.** Distribución por Grupo Etareo. (Fuente: Ficha de Recolección de Datos).



**Gráfico 2.** Distribución por Grado de Instrucción. (Fuente: Ficha de Recolección de Datos).



**Gráfico 3.** Distribución por Antecedentes Presentados. (Fuente: Ficha de Recolección de Datos).



**Gráfico 4.** Distribución por Cuadro Clínico Presentado. (Fuente: Ficha de Recolección de Datos).

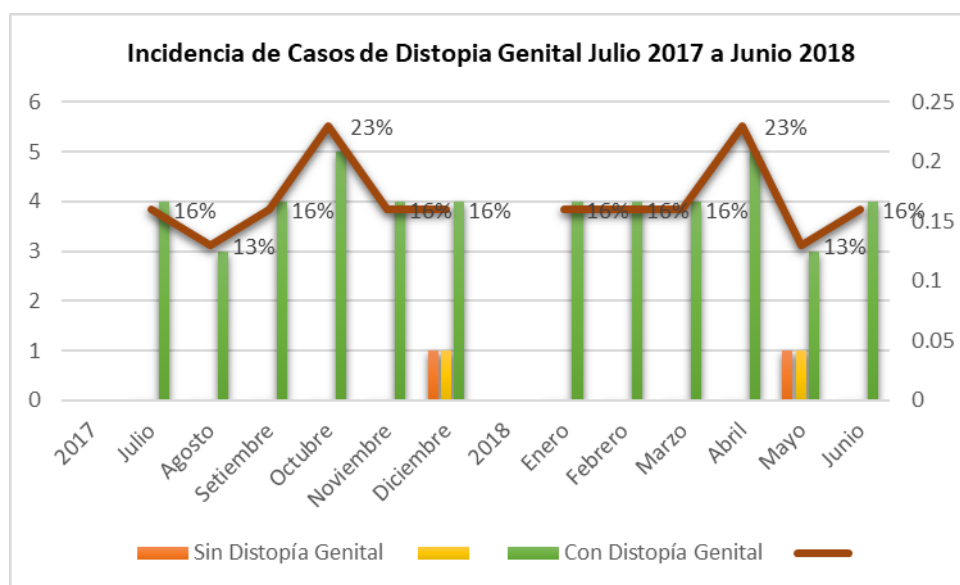
**Tabla 2.** Incidencia de Casos de Distopía Genital en Pacientes de 46-55 años en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto en el Periodo de Julio 2017 a Junio 2018.

N=50	Sin Distopía Genital		Con Distopía Genital		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaj e	
2017					
Julio	0	0%	4	16%	4
Agosto	0	0%	3	13%	3
Setiembre	0	0%	4	16%	4
Octubre	0	0%	5	23%	5
Noviembr e	0	0%	4	16%	4
Diciembre	1	100%	4	16%	5
Total	1	100%	24	4%	25
2018					
Enero	0	0%	4	16%	4
Febrero	0	0%	4	16%	4
Marzo	0	0%	4	16%	4
Abril	0	0%	5	23%	5
Mayo	1	100%	3	13%	4
Junio	0	0%	4	16%	4
Total	1	100%	24	100%	25

Fuente: Ficha de Recolección de Datos



**La Tabla 2**, muestra los resultados de Incidencia de Distopía Genital en Pacientes de 46-55 años en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto en el Periodo de Julio 2017 a Junio 2018, en el año 2017 los casos en pacientes sin distopia genital es mayor en el mes de diciembre en un 100% (1), y en pacientes con distopia genital es mayor en el mes de octubre en un 23% (5), mientras que en el año 2018 para los pacientes sin distopia genital es mayor en el mes de mayo en un 100% (1) y para pacientes con distopia genital es mayor en el mes de abril en un 23% (5).



**Gráfico 5.** Distribución Incidencia de Casos de Distopia Genital. (Fuente: Ficha de Recolección de Datos).

## V. DISCUSIÓN

En la investigación de las Principales características clínicas y epidemiológicas de distopía genital en pacientes de 46-55 años atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto, periodo julio 2017 – junio, se encuentra que según el grupo etario, en las pacientes con distopia genital, para el rango de 50 a 55 años existe un 69% (33), mientras que de 46 a 49 años existe un 31% (17), y en pacientes sin distopia genital en el grupo etareo de 46 a 49 años existe un 100% (2) ( $p<0,000$ ). En cuanto al grado de instrucción en pacientes con distopia genital tienen educación primaria en un 50% (24), y en pacientes sin distopia genital es analfabeta en un 100% (2) ( $p<0,001$ ). Con respecto a los antecedentes presentados en pacientes con distopia genital, es multípara en un 40% (19), con intervenciones quirúrgicas pélvicas en un 35% (17), mientras que, en las pacientes sin distopia genital, presenta multiparidad en un 50% (1), y con intervenciones quirúrgicas pélvicas un 50% (1), ( $p=0,05$ ). El cuadro clínico presentado en las pacientes con distopia genital fue incontinencia en un 79% (38), con disfunción sexual un 13% (6), mientras que, en pacientes sin distopia genital, un 100% (2) presento incontinencia. ( $p=0,05$ ). Resultados similares a los encontrados por *Silva, José* en su tesis titulada “Características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas de prolapso de órgano pélvico en la unidad municipal de salud sur en el periodo 2009-2015” (10) quien realizó un estudio de tipo cross sectional con recolección retrospectiva de la información de índole descriptiva donde la muestra corresponde al universo de pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstétrica en la UMSS en el periodo del 2009 al 2015, donde la edad promedio fue 55 años, siendo el grupo etario más afectado las edades de 46-65 años, además de la investigación de *Banchón, Martha* (11) en su trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo y complicaciones del prolapso urogenital en edades entre 50 y 55 Años. Hospital Enrique C. Sotomayor 2014, quien concluye que la edad más frecuente en el que se presento la patología fue entre los 50 y 55 años de edad, corroborando que la edad es un factor realmente importante en la aparición de esta patología.

La Incidencia de Distopía Genital en Pacientes de 46-55 años en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto en el Periodo de Julio 2017 a Junio 2018, en el año 2017 los casos en pacientes sin distopia genital es mayor en el mes de diciembre en un 100% (1), y en pacientes con distopia genital es mayor en el mes de octubre en un 23% (5),

mientras que en el año 2018 para los pacientes sin distopia genital es mayor en el mes de mayo en un 100% (1) y para pacientes con distopia genital es mayor en el mes de abril en un 23% (5). Siendo estos datos similares a los encontrados por el investigador **Jorge Limaymanta, Fiorela** en su tesis titulada “Frecuencia del trastorno de piso pélvico en pacientes del Hospital Nacional Madre Niño “San Bartolomé” – Junio – Setiembre 2015” (17), En dicho estudio se expone la frecuencia de las edades de las 86 mujeres evaluadas dentro del cual 53 con patología del suelo pélvico: 5,7% mujeres menores de 25 años; 37,7% mujeres de 25 a 39 años; 34% mujeres de 40 a 54 años; 22,6% mujeres de 55 a 69 años. Asimismo presentan dicho trastorno el 80% de las mujeres evaluadas entre 55 y 65 años.

También se evidencia que a mayor número de partos aumenta el porcentaje en cada patología, la frecuencia es alta para incontinencia urinaria de esfuerzo 53,5% seguida de vejiga hiperactiva 24,4% y prolapso de órganos pélvicos fue 22,1%.

## VI. CONCLUSIONES

6.1.- Se encuentra que, según el grupo etario, en las pacientes con distopia genital, para el rango de 50 a 55 años existe un 69% (33), mientras que de 46 a 49 años existe un 31% (17), y en pacientes sin distopia genital en el grupo etareo de 46 a 49 años existe un 100% (2) ( $p<0,000$ ).

6.2.- En cuanto al grado de instrucción en pacientes con distopia genital tienen educación primaria en un 50% (24), y en pacientes sin distopia genital es analfabeta en un 100% (2) ( $p<0,001$ ).

6.3.- Con respecto a los antecedentes presentados en pacientes con distopia genital, es multípara en un 40% (19), con intervenciones quirúrgicas pélvicas en un 35% (17), mientras que, en las pacientes sin distopia genital, presenta multiparidad en un 50% (1), y con intervenciones quirúrgicas pélvicas un 50% (1), ( $p=0,05$ ).

6.4.- El cuadro clínico presentado en las pacientes con distopia genital fue incontinencia en un 79% (38), con disfunción sexual un 13% (6), mientras que, en pacientes sin distopia genital, un 100% (2) presento incontinencia. ( $p=0,05$ ).

6.5.- La Incidencia de casos mayor en el mes de diciembre en un 100% (1), para las pacientes sin distopia genital y en pacientes con distopia genital es mayor en el mes de octubre en un 23% (5), mientras que en el año 2018 para los pacientes sin distopia genital es mayor en el mes de mayo en un 100% (1) y para pacientes con distopia genital es mayor en el mes de abril en un 23% (5)

## **VII. RECOMENDACIONES.**

7.1.- La asociación entre las variables en estudio debieran ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias preventivas que minimicen la aparición de la patología estudiada en las mujeres de nuestra población

7.2.- El Equipo de Salud debe Promover la evaluación y fortalecimiento del Programa de Planificación Familiar, poniendo énfasis en sugerir a las pacientes en tener como máximo 3 hijos para disminuir la frecuencia de esta patología.

7.3.- Actualizar al personal salud de los primeros niveles de atención sobre los factores de riesgo de esta patología hallados en este estudio para posteriormente realizar un seguimiento adecuado de pacientes con mayor riesgo.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hagen S SDMCAE. Tratamiento conservador para el prolapso de órganos pélvicos en mujeres (Cochrane Review). 2007. Oxford: Update Software.
2. Flint E. RPP noticias. [Online].; 2017 [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de: <https://vital.rpp.pe/expertos/prolapso-genital-cuando-los-organos-se-caen-noticia-1089173>.
3. Molina-Loza Ernesto ANCOLG. Corrección Transvaginal del Prolapso total de cúpula vaginal con malla de polipropileno. Presentación de cinco casos. Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57.
4. Cedillo A, Cedillo C, Diego C. Factores de riesgo relacionados con distopías del suelo pelvico en mujeres atendidas en los hospitales Vicente Corral y José Carrasco Cuenca - Ecuador 2008. Tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2008.
5. Dermaline. [Online].; 2018 [Consulta 12 de octubre del 2018]. Recuperado de: <http://www.dermalinemedic.com.pe/prolapso/>.
6. Peter Dietz H,&GRR. Diagnóstico y manejo del prolapso de órganos pélvicos, presente y futuro. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013; 24(2).
7. Sandoval I HRTESN. Cirugía reconstructiva de la pelvis en el prolapso genital severo con uso de prótesis anterior y fijación al ligamento sacro espinoso. Rev Peru Ginecol obstet. 2015; 61(4).
8. Susaníbar. Urología peruana. [Online].; 2012 [Consulta 12 de octubre del 2018]. Recuperado de: <https://urologiaperuana.wordpress.com/category/prolapso-uterino/>.
9. Salud Md. Boletín Estadístico 2017. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, Oficina de Estadística e Informática; 2017.
10. Silva Delgado JE. Características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas de prolapso de órgano pélvico en la unidad municipal de salud sur en el periodo 2009-2015. Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2016.

11. Banchón M. Factores de riesgo y complicaciones del prolapso urogenital en edades entre 50 y 55 Años. Hospital Enrique C. Sotomayor 2014. Trabajo de investigación. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas - Escuela de Medicina; 2016.
12. Medina D, Munguía R. Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en pacientes ingresados al servicio de Ginecología del HEODRA en el periodo Mayo 2010-Mayo 2011. Tesis doctoral. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
13. Espitia F. Factores de riesgo asociados con prolapso genital femenino: estudio de casos y controles. Urología Colombiana. 2015 mayo 3; 24(1): p. 12-18.
14. Gutierrez P. Características clínicas y factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes atendidas en consulta externa de ginecología del hospital II Ramón Castilla de Lima en el periodo 2012-2015. Tesis. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman, Facultad de ciencias de salud - escuela de medicina humana; 2016.
15. Pascual L. Factores de riesgo para distopía de órgano pélvico en pacientes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Emergencias Grau Essalud 2007. Tesis. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina; 2008.
16. Dionicio R. Factores de riesgo de distopia genital. Tesis de especialidad. Lima: Universidad San Martín de Porres, Sección de Posgrado - Facultad de Medicina Humana; 2014.
17. Jorge F. Frecuencia del trastorno de piso pélvico en pacientes del Hospital Nacional Madre Niño "San Bartolomé" – Junio – Setiembre 2015. Tesis. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Medicina Humana; 2016.
18. Perez M, Linares C. Factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperianales en puerperas atendidas en el hospital regional Loreto, Enero - Abril del 2013. Tesis. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Ciencias de la salud; 2014.



19. Salusplay B. Salusplay. [Online].; 2018 [Consulta 14 de octubre del 2018]. Recuperado de: <https://www.salusplay.com/blog/caracteristicas-objetivo-epidemiologia/>.
20. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [Consulta 14 de octubre del 2018]. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>.
21. Ibañez Martí C. Madridmásd. [Online].; 2008 [Consulta 14 de octubre del 2018]. Recuperado de: [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2008/03/06/86037](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/03/06/86037).
22. Wikipedia. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad#Epidemiolog%C3%ADa>.
23. Hacker N MGGJ. Essentials of Obstetrics and Gynecology. 4th ed. California: Elsevier Saunders; 2004.
24. Hickey M DSSD. Treatment of menopausal symptoms: what shall we do now? Lancet.. 2005; 366(409-21).
25. H. R. Managing the menopause. BMJ. 2007; 334(7596): p. 736-41.
26. Salvador J. Climaterio y Menopausia: epidemiología y fisiopatología. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54(61-78).
27. JO D. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1992; 166(1717).
28. Weemhoff M VTNKSJKPRF. Avulsion of puborectalis muscle and other risk factors for cystocele recurrence: a 2 - year follow-up study. IntUrogynecol J. 2012; 23(1): p. 65-71.
29. Y. O. Prolapso genital en la maternidad "concepción palacios". Revista de la Facultad de Medicina. 2009; 32(2): p. 139-143.
30. X. F. Pelvic floor and pregnancy. GynecologieObsetrique and Fertilité. 2010; 38(5): p. 332-46.
31. Lagarejos S VBSV. Prolapso genital. 1st ed. Bajo Arenas JM LVJXMJe, editor. España: Fundamentos De Ginecología; 2009.

32. Marambio Andrés SCVRea. Prolapso Genital. Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2011; 22(211).
33. Telinde R MRTJ. Prolapso de órganos pélvicos. Ginecología quirúrgica. 8th ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998.
34. Williams.. Ginecología. Mexico DF: Mcgraw-Hill Interamericana Editores; 2009.
35. col AHy. Epidemiología y etiopatogenia del prolapso genital. Madrid: Hospital Clínico San Carlos, Departamento de Obstetricia y Ginecologia; 2001.
36. Ramirez J. Universidad Ricardo Palma. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de: <http://www.authorstream.com/Presentation/aSGuest135827-1426853-distopia-genital-1225893862307731/>.
37. Definición ABC. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de: <https://www.definicionabc.com/salud/histerectomia.php>.
38. Salud Pública. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de: [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2012/02/29/133136](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136).
39. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>.
40. som.nit. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de: <http://www.somnit.org/es/glosario/cuadro-clinico.php?d187f369c15e013a4772f0ddfb500d97>.
41. Clínica Universidad de Navarra. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/menopausia>.
42. Instituto Nacional del Cancer. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/estrogeno>.
43. Tu otro médico. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de: <https://www.tuotromedico.com/temas/histeroceles.htm>.

44. Clínica Ginecológica. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de:  
<https://www.clinicaginecologica.org/patologias/cistocele/>.
45. Gene M. Manuel MSD. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de:  
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADndromes-de-relajaci%C3%B3n-pelviana/cistoceles,-uretroceles,-enteroceles-y-rectoceles>.
46. Wikipedia. [Online].; 2017 [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de:  
<https://es.wikipedia.org/wiki/Enterocele>.
47. Cuidate Plus. [Online].; 2016 [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de:  
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/rectocele.html>.
48. Navarra CUd. Diccionario médico. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018].  
Recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/polaquiuria>.
49. Navarra CUd. Diccionario Médico. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018].  
Recuperado de: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/nicturia>.
50. MiMi Medicina. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de:  
<https://es.mimi.hu/medicina/multipara.html>.
51. Medline plus. [Online]. [Consulta 21 de octubre del 2018]. Recuperado de:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002251.htm>.
52. Ibañez Martí C. Salud pública y algo más. [Online].; 2008 [Consulta 21 de octubre del 2018].  
Recuperado de:  
[http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2008/03/06/86037](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/03/06/86037).
53. D N. Síndrome Climatérico: Su repercusión social en mujeres de edad Mediana. Revista Cubana. Obstetricia y Ginecología. 2002; 27(21): p. 22-7.

## IX. ANEXOS.

### Ficha de Registro de datos

Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Distopía Genital: \_\_\_\_\_ Grado de Distopía Genital: \_\_\_\_\_ Tipo de Distopía Genital

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ I: \_\_\_\_ II: \_\_\_\_ III: \_\_\_\_ IV: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

#### Cuadro clínico presentado:

	Marque con una (X)
Incontinencia urinaria	
Síntomas miccionales irritativos	
Retención urinaria	
Incontinencia Fecal	
Dificultad defecatoria	
Disfunción sexual	
Molestias pélvicas	
Otros (Especifique)	

#### Antecedentes presentados

	Marque con una (X)
Multiparidad	
Intervenciones quirúrgicas pélvicas	
Estreñimiento	
Obesidad	
Macrosomía	
Tos crónica	
Otros (Especifique)	